41e Année. — N° 15 Vendredi 13 Avril 1894

# LA FRANCE MÉDICALE

ET

# PARIS MÉDICAL

## SOMMAIRE

**Clinique médicale :** De la durée de l'imprégnation vaccinale et des causes d'insuccès dans les revaccinations, par le Dr H. Dauchez, 225. — **Bibliographie :** The practitioner's hand book of diseases of the ear and affections of the nose and naso-pharynx relating to aural therapeutics, par les Drs H. Macnaughton Jones et W.-R.-H. Stewart, 226. — La femme et l'enfant, par le Dr Pineau, 227. — **Académie de médecine :** *Séance du 10 avril* 1894. — Présidence de M. J. Rochard. — Traitement des luxations récidivantes, 227. — Pathogénie de la fièvre typhoïde au Havre, 228. — **Société médicale des hôpitaux :** *Séance du 6 avril* 1894. — Présidence de M. Ferrand. — Sclérose pleuro-pulmonaire totale unilatérale d'origine tuberculeuse, 229 — Un cas de syringomyélie à forme pseudo-acromégalique (chiromégalie), 229. — Badigeonnage de gaïacol dans le traitement de l'orchite, 229. — **Société médicale du VIe arrondissement :** *Séance du 24 février* 1894. — Présidence de M. Dauchez, 230. — **Société de chirurgie :** *Séance du 4 avril* 1894. — Présidence de M. Th. Anger. — Balles de revolver dans le cerveau, 231. — Genou à ressort, 231. — Déchirure du rein, 232. — Rétrécissement fibreux du rectum, 232. — Abcès d'origine ano-rectale, 232. — Occlusion intestinale, 232. — *Séance du 11 avril* 1894. — Présidence de M. Lucas-Championnière. — Contusion du rein, 233. — Calculs de l'urèthre, 233. — Splénectomie, 233. — Sur un fait de cholécystentérostomie. 233. — Cystocèle inguinale, 233. — Fracture par contact du fémur par armes à feu, 233. — Hématome de la bourse prérotulienne avec corps étrangers de la vessie, 233. — Calcul vésical expulsé par l'urèthre, 233. — **XIe Congrès international des sciences médicales**, tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894. — Le parasitisme dans le cancer, 233. — De la transmissibilité du cancer ; tumeurs expérimentales obtenues chez les animaux, 237. — **Memento pratique :** Le butyromiel, par le Dr Pauliet, 238. — **Nouvelles**, 239. — **Bulletin bibliographique**, 240. **Feuilleton :** Chaire de pathologie externe, 225.

## CLINIQUE MÉDICALE

### De la durée de l'imprégnation vaccinale et des causes d'insuccès dans les revaccinations,

Par le Dr H. Dauchez,
Ancien interne des hôpitaux

L'utilité des revaccinations n'est plus à démontrer, les statistiques sont là pour le prouver et la dernière épidémie variolique, en réveillant l'indifférence publique en ce qui concerne les revaccinations, a pu nous permettre de relever quelques chiffres assez instructifs que nous nous proposons de résumer ici très brièvement.

*Sur 77 revaccinations* opérées à l'aide de précautions aseptiques très simples (lavage et rubéfaction du bras à l'eau de Cologne et pansements à l'aide d'une rondelle de gaze salolée ou de coton hydrophile fixée par une bande de dyachilum) nous avons vu 26 fois une ou plusieurs pustules vaccinales se développer.

Souvent tardives dans leur évolution, quelques pustules n'ont acquis leur entier développement qu'au 9e, 10e et 11e jour.

Jamais nous n'avons constaté d'éruption générale de pustules vaccinales (vaccinide)

C'est donc très exactement *sur un tiers des sujets inoculés* qu'a réussi la revaccination.

Mais ces chiffres, pris en bloc, demandent à être soumis à une classification très rigoureuse.

Ces 26 succès se répartissent comme il suit (1).

1° Au-dessous de 10 ans : 3 succès (8 ans, 8 ans, 9 ans).

2° De 10 à 20 ans : 4 succès (13, 14, 16, 17 ans).

3° De 20 à 30 ans : 15 succès (20, 21, 25, 28 et 30 ans 8 fois).

4° De 40 à 50 ans : 3 succès (43, 47, 49 ans).

5° De 50 à 80 ans : 1 succès (58 ans).

Restent donc 51 insuccès mais quelques-uns s'expliquent presque logiquement et en les signalant on conçoit que la proportion vraie des succès soit plus forte que ne l'indique le tableau ci-joint.

*Ces insuccès relatifs et logiques* peuvent être rapportés à trois ordres de cause :

1° *A des revaccinations opérées avec succès* 2, 3, 4, 5, 6, 8, 20, 24 ans auparavant (8 cas).

2° A des revaccinations opérées sur 3 *sujets atteints antérieurement de variole avérée*, dans des régions où sévissait la variole.

3° Chez 2 enfants de moins de 10 ans et chez une fillette de 11 ans dont les revaccinctions pouvaient être considérées comme précoces.

Remarquons en passant que dans ces conditions la légitimité des revaccinations ne pouvait être mise en doute comme le prouve le licenciement des écoles municipales de Paris dans lesquelles plus de 150 enfants ont été atteints de variole cette année.

Ces insuccès relatifs comprenant 13 cas donnent donc en résumé la proportion suivante :

| | |
|---|---|
| Sur 77 revaccinations : succès..... | 26 |
| Insuccès logiques et relatifs..... | 13 |
| Insuccès dont plusieurs relatifs à des sujets réfractaires 8 à 18 fois..... | 38 |

(1) Tous ces sujets avaient été vaccinés à la naissance et portaient des cicatrices.

Ce court exposé serait incomplet si nous ne faisions ressortir quelques observations relatives à l'imprégnation vaccinale dont les variations sont extrêmement curieuses.

C'est ainsi que nous avons eu l'occasion de revacciner 3 personnes âgées de 70 à 80 ans ayant été vainement revaccinées plus de 10 fois.

Par contre, dans la même famille 2 jeunes enfants de 8 ans, portant des cicatrices légitimes, ont été revaccinés avec succès.

Dans la famille R... une jeune bonne, revaccinée avec succès en 1889, présente en 1893 six larges boutons de vaccin.

L'un de nos clients, M. C..., âgé de 47 ans, a été vacciné ou revacciné 3 fois avec succès.

Enfin l'une de nos malades variolée 13 ans avant la dernière inoculation présenta au huitième jour une pustule petite mais très légitime.

Sommes-nous en droit d'attribuer cette proportion de revaccinations effectives à la rubéfaction des téguments provoquée par la friction alcoolique du bras et à la pulpe glycérinée qui, dans les 13 familles où ont été pratiquées les inoculations, nous a servi et nous a donné des succès dans presque tous les groupes de revaccinés, nous n'oserions l'affirmer.

Toujours est-il que ces quelques chiffres prouvent éloquemment qu'en raison des récentes épidémies d'écoles et de l'âge parfois précoce des sujets heureusement revaccinés, on devra toujours recommander cette pratique tous les cinq ans ou dix ans en moyenne.

## BIBLIOGRAPHIE

**The practitioner's handbook of diseases of the ear and affections of the nose and naso-pharynx relating to aural therapeutics** par les Drs H. Macnaughton Jones et W.-R.-H. Stewart. 4e édit., in-8, 392 p. Londres, Baillière, Tindall et Co, 1892.

Comme les auteurs le répètent à diverses reprises, ce livre n'a que la prétention d'être un manuel pratique à l'usage des médecins, mais c'est un manuel très complet qui met nettement au courant de l'état actuel de la science en otologie et dont les auristes spécialistes eux-mêmes tireront certainement profit.

Un livre de ce genre comporterait difficilement une analyse détaillée, mais la simple énumération des sujets traités montrera la valeur de l'ouvrage. Après avoir montré l'importance de l'étude des maladies des oreilles, les auteurs écrivent l'anatomie et la physiologie des organes de l'ouïe, puis ils reproduisent la statistique des maladies observées. L'étiologie est le plus souvent obscure ; les auteurs la recherchent dans deux chapitres en se basant sur plus de 4.000 observations. Ils exposent de même, à un point de vue général, le diagnostic, le traitement et les procédés d'examen des malades.

Abordant ensuite l'étude détaillée des maladies spéciales, les auteurs commençent par les maladies du nez et du naso-pharynx qui sont en relation avec des maladies des oreilles. Ils décrivent ensuite les maladies de l'oreille externe, de l'oreille moyenne et de l'oreille interne, en insistant plus particulièrement sur les plus importantes de celles-ci, le vertige de Ménière et les bourdonnements d'oreille. Ils terminent par la surdi-mutité et l'indication des moyens de déceler la simulation de la surdité.

## FEUILLETON

### Les chaires de pathologie externe.

(Suite) (1)

Pendant deux ans, de 1831 à 1833, Marjolin eut pour collègue, dans la chaire de pathologie externe, Germain-Jules Cloquet (2).

Jules Cloquet a jonglé avec la bonne fortune. Nommé, à l'âge de 16 ans, élève de l'école d'anatomie artificielle fondée à Rouen, il revint à Paris, se fit recevoir interne des hôpitaux en 1811, préparateur d'anatomie artificielle et obtint, à ce titre, sur la demande des professeurs de la Faculté, d'être dispensé du service militaire en 1812, au moment de la guerre de Russie, qui vit périr tant de milliers d'hommes. Parfaitement doué sous tous les rapports, guidé par son frère aîné Hippolyte, Cloquet n'avait eu que des succès dans les hôpitaux comme à l'école pratique. Il avait été aide d'anatomie, prosecteur, avait concouru en 1819 pour la place de chef des travaux anatomiques qu'obtint Breschet, fut nommé la même année chirurgien en chef adjoint à l'hôpital Saint-Louis, et reçu, en 1823, le premier agrégé dans la section de chirurgie. Lorsque Roux, en 1830, quitta la chaire de pathologie externe pour celle de clinique, un concours eut lieu le 13 février 1831.

Neuf candidats se présentèrent : J. Cloquet, Sanson aîné, Norgeu, Velpeau, Blandin, A. Petit, Bérard aîné, Dubled et Alph. Sanson.

Les juges furent : Dubois, Dupuytren, Roux, Marjolin, Richerand, Moreau, Cruveilhier et Duméril, (Alibert et Chomel, suppléants) du côté de la Faculté ; Ribes, Murat, Breschet, Baffos (Hervez de Chégoin, suppléant) du côté de l'Académie.

Les candidats eurent à subir trois épreuves, dont une écrite, deux orales et une thèse.

La question écrite, après six heures de préparation, fut la suivante :

*Des abcès qui se forment à la suite des plaies et des grandes opérations chirurgicales.*

Les candidats eurent à faire leur première leçon orale, après vingt-quatre heures de préparation, dans l'ordre suivant :

(1) V. *France médicale*, n° 14, p. 210.

(2) Né à Paris, le 18 décembre 1790.

Les fonctions des auteurs, l'un ancien chirurgien de hôpital pour les yeux, les oreilles et la gorge, de ork, l'autre, chirurgien auriste de trois hôpitaux de ondres, permettent d'ajouter une réelle importance aux pinions émises dans ce volume.

**a Femme et l'Enfant,** *Notions d'hygiène pratique*, par le Dr Pineau. — La Rochelle, Cailloux, libraire-éditeur, 1894.

Sous ce titre *la Femme et l'Enfant*, le Dr Pineau présente au grand public un traité pratique d'hygiène de a femme et de l'enfant à tous les âges et à toutes les périodes de leur existence. Comme le fait justement remarquer l'auteur, la plupart des ouvrages d'hygiène spéciale sont trop succincts et n'embrassent qu'une trop courte période de la vie de la femme et de l'enfant, c'est pourquoi il a tenu à étudier dans un seul volume, en suivant un ordre très naturel, l'hygiène de l'enfant depuis sa naissance, les soins qu'il réclame en tant que nourrisson, puis, dans la première et la seconde enfance, l'hygiène de la puberté. Les exercices physiques, le travail intellectuel sont étudiés au point de vue de l'hygiène. Des chapitres spéciaux sont consacrés à l hygiène de la jeune fille et aux conditions physiques du mariage, ce qui amène l'auteur à parler de la jeune femme et des soins hygiéniques qu'elle réclame pendant la grossesse, l'accouchement, pendant qu'elle nourrit, enfin à l'âge de la ménopause. Quelques chapitres sur la maigreur et l'obésité, sur l'hygiène de la beauté, les parfums et le rôle que joue la femme dans la société seront certainement appréciés du public auquel ils s'adressent. Tel est le plan général du livre qui est ainsi un compendium d'hygiène de la femme et de l'enfant.

M. Pineau n'a d'ailleurs jamais empiété sur le rôle du médecin et son manuel, écrit d'une façon agréable, souvent avec humour, sera dans la pratique un auxiliaire du médecin. En parcourant cet ouvrage on est surpris de la quantité de détails importants au point de vue de l'hygiène sur lesquels les parents ne songent même jamais à interroger leur médecin. Nous pouvous donc recommander ce petit traité afin de substituer à la routine des pratiques mieux raisonnées et plus saines.

L. J.

## ACADEMIE DE MEDECINE

*Séance du 10 avril 1894. — Présidence de* M. J. Rochard.

La Correspondance comprend 1° un rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Carpentras, en 1893, par le Dr Cavaillon ; 2° un pli cacheté sur le rôle hématopoiétique du poumon dans la formation des hématoblastes de M. Hayem, déposé par M. Michel-Dansac, interne des hôpitaux.

M. le Président déclare une vacance dans la section de physique et chimie médicale en remplacement de M. Quinquaud, décédé.

**Traitement des luxations récidivantes.** — M. Le Dentu. J'ai eu à remédier récemment, par un traitement analogue à celui de M. Ricard, dont M. Verneuil a entretenu mardi dernier l'Académie, à un cas de relâchement considérable de la capsule articulaire du genou.

Il s'agissait d'une petite fille de 7 ans chez laquelle une chute détermina une telle mobilité de la rotule qu'à l'occasion d'un faux pas ou de certains mouvements de la jambe, cet os se luxait complètement en dehors.

Je mis à nu la face superficielle de la rotule et relevai la partie exubérante en un large pli que je suturai de façon à la convertir en un bourrelet épais et dur à grand axe vertical ; puis je réunis le bourrelet à la face profonde des té-

---

*De l'étranglement dans les hernies inguinales et crurales* (A. Petit).

*Des plaies des artères* (J. Cloquet).

*De la pourriture d'hôpital* (Norgeu).

*Des tumeurs blanches de l'articulation du genou* (Velpeau).

*Des corps étrangers dans les voies aériennes* (Blandin).

*De la nécrose* (Bérard).

*Du contre-coup* (Dubled).

*Tracer l histoire des polypes utérins ; faire connaître, discuter et apprécier les divers modes de traitement proposés* (A. Sanson).

*De l'anévrysme poplité* (Sanson aîné).

Après cette épreuve, Petit et Sanson jeune se retirèrent du concours.

La deuxième épreuve orale, commune à deux candidats, eut lieu après trois heures de préparation.

*Des cas qui exigent l'amputation des membres* (Cloquet et Sanson).

*Du tétanos traumatique* (Velpeau.)

*Des plaies pénétrantes de l'abdomen avec lésion du tube intestinal* (Blandin et Bérard.)

*Du sarcocèle* (Dubled.)

Six candidats seulement soutinrent leur thèse de concours, Petit, Norgeu et Sanson jeune s'étant retirés.

La question que tous les candidats eurent à traiter fut à peu près la même pour tous. Elle avait pour titre : *De l'enseignement de la pathologie externe, en général; du plan et de la méthode qu'il convient d'adopter et de suivre.*

Le 26 février, Boyer avait renoncé à être juge avec Dupuytren et le 23 mars Dupuytren, à son tour, renonça à être juge, de sorte qu'ils furent remplacée par les deux suppléants, Alibert et Chomel.

Sur 12 votants, Cloquet obtint 11 voix, Blandin, 1. Jules Cloquet fut nommé le 24 mars 1831.

Le choix eût été excellent, si Cloquet avait voulu mettre au service de son enseignement ses éminentes facultés. Il s'était fait remarquer dans tous ses concours, avait fait depuis 1810 des cours particuliers d'anatomie générale, de pathologie chirurgicale et d'opérations.

Outre sa thèse inaugurale (*Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen*), Cloquet avait publié des mémoires *Sur la membrane pupillaire* (1818), *Sur les fractures par contre-coup de la machoire supérieure* (1820), *Sur les*

guments et établis un drain. Quatre mois après, la luxation était guérie ; le membre a aujourd'hui encore son fonctionnement normal.

**Pathogénie de la fièvre typhoïde au Havre.** — M. Gibert. Pour s'occuper d'hygiène publique dans une grande ville, il faut être du conseil municipal ; aussi je me suis fait élire, le 36e sur 36. Dès la première séance, j'ai déposé une proposition pour la création d'un bureau municipal d'hygiène. Mon mémoire a été écouté avec une véritable stupéfaction par le maire et les conseillers municipaux. Je me suis aperçu peu après que la même chose avait été faite quatorze ans auparavant en Italie par Rizotti, cinq ans avant à Bruxelles par M. Janssens En France, l'opinion publique n'est éveillée sur la question d'hygiène publique que depuis peu de temps ; aussi les conseils municipaux, non soutenus, n'osent pas lancer leur ville dans des dépenses toujours considérables. Heureusement, Launay, mort l'année dernière, et moi, nous avons pu entraîner l'opinion publique du Havre tout entière.

Il y a des rues du Havre qui ont 56,60, et jusqu'à 110 pour mille de mortalité. Aussi la moyenne de certaines années donnerait une très mauvaise idée de l'état hygiénique de la ville, quoique dans certains quartiers, au contraire, la mortalité soit très faible.

La distribution géographique de la phthisie pulmonaire au Havre montre nettement que cette maladie est contagieuse. Des boulevards et des rues pendant dix ans n'ont pas eu un seul cas de phthisie ; toute la phthisie est concentrée dans certains quartiers, où les gens viennent successivement se contagionner.

Pour la diphthérie, la distribution des décès est la même. La diphthérie a commencé au Havre en 1860 ; jusque-là, il n'y en avait pas eu un seul cas. Elle a progressé jusqu'en 1882 où elle est arrivée à des chiffres énormes. Depuis des mesures de désinfection des logements ont amené une chute rapide de la courbe de la diphthérie.

Le choléra de 1892 est un choléra de contagion directe, c'est un choléra d'importation. Or, la fièvre typhoïde a une distribution exactement semblable à celle du choléra ; on peut donc en conclure que la cause est la même et que c'est la contagion pour la fièvre typhoïde comme pour le choléra. En 1892, les deux épidémies ont marché parallèlement sans que les deux maladies eussent une influence l'une sur l'autre, les cholériques ne devenaient pas typhiques et les typhiques ne devenaient pas cholériques.

M. Brouardel, délégué au Havre en 1887, a cru que la fièvre typhoïde était due à l'eau de Saint-Laurent ; mais il n'a pas démontré que les eaux de Saint-Laurent fussent contaminées. Dans aucune circonstance, on n'a trouvé dans ses eaux de bacilles typhiques. Les sources de Saint-Laurent sont à 16 kilomètres du Havre ; elles émergent du plateau d'Apremont, qui a 70 mètres au-dessus des sources. L'entrepreneur de vidange a trouvé le moyen de vendre ses produits aux cultivateurs de ce plateau qui épandaient ainsi au-dessus des sources les déjections des typhiques. Le terrain est calcaire et, dit M. Brouardel, il est possible qu'il y ait dans ce filtre de 70 mètres des vides et que les eaux soient directement contaminées. Mais il y a dans ce plateaux des puits que n'ont jamais donné lieu à aucun cas de fièvre typhoïde. On n'a fait, d'ailleurs sur ces eaux aucune recherche bactériologique. Les bacilles typhiques transportés dans une eau courante à 16 kilomètres, que deviennent-ils ?

D'ailleurs le Havre a été pris tout entier, non seulement la partie qui est alimentée par les eaux de Saint-Laurent, mais celles qui sont alimentées par les trois autres sources, Sainte-Adresse, Sanvic et la source locale.

Toute la côte de Saint-Maurice est la partie la plus hygiénique et la mieux habitée du Havre, la mortalité y a été considérable, et cependant beaucoup d'habitants ne buvaient que des eaux minérales. Dans une famille, le père seul buvait des eaux minérales, les autres membres de la famille buvaient des eaux du service de la ville ; c'est le père seul qui a contracté la fièvre typhoïde dont il est mort. D'ailleurs partout dans le sol du Havre on trouve de nombreux bacilles typhiques, sauf dans l'eau de Saint-Laurent. Toute une partie de la ville du Havre, le Perret, habitée par des gens misérables, est indemne de toute épidémie parce que la marée s'y fait sentir et assainit constamment le sous-sol. Aussi nous demandons aux ingénieurs de faire ce que fait la nature et d'assainir le sol en y plaçant de nombreux drains.

En accusant, comme l'a fait M. Brouardel, les eaux de Saint-Laurent qui sont cependant très pures, on a détourné l'attention de l'infection du sous-sol qui est le seul coupable.

A Francfort, on a fait des expériences analogues à celles du Havre. On a amené de nouvelles eaux, la fièvre typhoïde a continué quand même ; ce n'est que du jour où on a désinfecté le sous-sol que l'épidémie de fièvre typhoïde a cessé. Nous avons besoin de nombreuses modifications dans notre organisation sanitaire. Si l'on supprimait tous les médecins des épidémies, on n'aurait pas un décès de plus. Il faut former un corps de médecins sanitaires qui ne fasse que cela. Il ne faut pas qu'un médecin soit pris entre ses fonctions de médecins des épidémies et ses devoirs de clien-

---

*vers intestinaux* (1824), et son magnifique *Atlas d'anatomie* était en cours de publication depuis 1821, etc.

Cloquet occupa sa chaire avec distinction ; il avait la parole facile, l'exposition claire ; ses leçons, très suivies par les élèves, étaient très substantielles ; mais il ne la garda pas longtemps. Deux ans après sa nomination, il obtint, par permutation, la chaire de clinique chirurgicale de l'hôpital de perfectionnement (Clinique) et en 1851, il reparut dans la chaire de pathologie externe, qu'il garda jusqu'en 1858 et dans laquelle il se fit trop souvent remplacer par des agrégés. C'est alors qu'il se retira définitivement et fut admis à la retraite.

Cloquet était un homme du monde, de tact, de goût, de jugement, artiste et ami des arts, des voyages, comblé de tous les biens de la fortune, d'une excessive urbanité, d'une grande bienveillance pour tous, collègues, confrères, élèves ; mais il a eu le malheur de n'être jamais aiguillonné par le besoin, n'a connu que les roses de la vie médicale, arriva à l'Institut en 1855, fut fait baron en 1867 et a eu le chagrin de mourir sans enfants, le 21 février 1883, dans sa quatre-vingt-treizième année.

(*A suivre.*) A. Corlieu.

le, parce qu'il est forcé de négliger les uns ou les autres.

M. Dujardin-Beaumetz. Je ne connais pas la ville du Havre à point de vue hygiénique et je ne prendrai que certains points de la communication de M. Gibert. Pour lui c'est le sol qui donne la diphtérie, la tuberculose et la fièvre typhoïde. Oui, c'est la contamination du sol qui donne la phtisie, non le sol de la rue, mais le sol de la chambre, de la maison. De même pour la diphthérie, si la diphthérie se propage c'est à cause de l'infection du sol non de la rue, mais de la maison.

Pour la fièvre typhoïde la contradiction est encore plus vive. Quel est donc l'intermédiaire entre le sol et l'individu qui prend la fièvre typhoïde, à moins que l'individu ne mange la terre? La contagion de la fièvre typhoïde est extrêmement rare dans nos hôpitaux ; elle existe à la campagne parce que les déjections du malade restent sur le sol.

Que des puits soient contaminés, cela est évident ; dans la dernière épidémie qui a sévi a Paris, c'est bien l'eau qui était contaminée comme on en a la preuve certaine, quoiqu'on n'ait pas trouvé dans les eaux le bacille d'Eberth.

M. Gibert. Je n'ai pas abordé ici le mode de contagion, c'est une question très difficile; mais je puis réserver à cet égard à M. Beaumetz certaines surprises. Je recommande à M. Beaumetz la relation de l'épidémie de choléra d'Yport, où il verra que le choléra s'est transmis sans qu'il y ait eu une goutte d'eau. Au Havre il n'y a pas de puits parce que dès qu'on creuse le sol on trouve de l'eau saumâtre.

Quand on a à la semelle de ses souliers une quantité de matière typhique, on introduit cette matière typhique dans sa demeure et dans sa bouche par le contact.

Actuellement, il y a autour de la gare de Beuzeville une épidémie de fièvre typhoïde causée par les vidanges importées par M. Tessier, du Havre.

A Paris, on est dans les plus mauvaises conditions pour étudier la contagion. La contagion de la fièvre typhoïde a été découverte par Gendron, à Château-du-Loir ; la contagion de la diphthérie a été démontrée par Bretonneau à Tours. De même, vous avez établi deux sortes de pelade, alors que les faits observés en province nous permettent de voir nettement la contagion.

A 4 h. 1/2, l'Académie se forme en comité secret, pour entendre le rapport de M. Grancher, sur les candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

La liste de présentation comprend :

1° MM. Malassez et A. Voisin (*ex æquo*), 2° MM. Hanot et Raymond (*ex æquo*), 3° MM. Vaillard et Dejerine (*ex æquo*).

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 6 avril 1894. — Présidence de M. Ferrand.*

**Sclérose pleuro-pulmonaire totale unilatérale d'origine tuberculeuse.** — M. Galliard. Homme de 35 ans, n'ayant eu d'autre maladie que la fièvre intermittente pendant deux années en Afrique. Pas de syphilis. Peu d'alcoolisme. Les accidents pleuro-pulmonaires remontent à deux ans ; au début quelques hémoptysies, traitement par la créosote. Le bon état général et la rareté des crachats contrastent avec l'énormité des lésions thoraciques à gauche.

On trouve sur toute la hauteur en avant et en arrière une matité complète avec perte des vibrations vocales. En avant sous la clavicule, souffle caverneux qui se trouve également au sommet de l'aisselle. Même souffle en arrière au 2/3 supérieur, la fosse sus-épineuse étant exceptée. Donc tuberculose pulmonaire à forme fibreuse et symphyse pleurale avec épaississement de la plèvre.

**Un cas de syringomyélie à forme pseudo acromégalique (chiromégalie).** — M. Pierre Marie. Un garçon de 21 ans a remarqué depuis quelques années que sa main droite et son pied gauche avaient augmenté de volume. A la *main droite*, l'hypertrophie occupe surtout les têtes des métacarpiens et les doigts, le pouce, l'index, le médius, sont les plus atteints. La forme des doigts est un peu altérée, ils sont plus massifs, plus cylindriques que ceux de la main gauche; la peau à leur niveau est légèrement épaissie, elle est le siège d'abrasions et d'anciennes ulcérations superficielles. La longueur de la main et des doigts n'est pas modifiée. Quant au *pied gauche* il est de forme cubique, tassé dans le sens antéro-postérieur, la plante en est excavée (pied creux), sa longueur est diminuée (1 cent. 3 de moins que le pied droit). La peau des orteils présente également des traces d'anciennes ulcérations ; quant aux orteils eux-mêmes leurs dimensions et leur formes ne sont pas modifiées.

M. Marie insiste sur ce fait que, dans ce cas, l'hypertrophie de la main et du pied ne peut en aucune façon justifier l'épithète d'acromégalique. Il rappelle que Holschewnikoff, Peterson, ayant observé des cas du même genre, les ont considérés comme des exemples d'association de la syringomyélie et de l'acromégalie et sont partis de là pour combattre quelques-unes des notions les mieux établies sur l'acromégalie, notamment pour nier que, dans cette affection, l'hypertrophie du corps pituitaire fût constante. Bernhardt, Karg, ont également observé des cas de syringomyélie à forme acromégalique ; Charcot et Brissaud ont très justement fait remarquer que ces cas de syringomyélie n'avaient absolument rien de commun avec l'acromégalie ; Hoffmann a publié un cas du même genre avec la désignation de « chiromégalie ». Cette désignation est celle à laquelle il semble préférable de se rallier, car, en continuant à donner aux faits de ce genre le nom d'acromégalie ou même de pseudo-acromégalie, on risque de faire naître une confusion fâcheuse puisque entre les deux affections il n'existe aucun point de contact.

**Badigeonnages de gaïacol dans le traitement de l'orchite.** — MM. Balzer et Lacour. Le gaïacol employé en badigeonnages dans la tuberculose produit un abaissement momentané de la température. M. Balzer a voulu mettre à profit l'action anesthésique de cette substance dans l'orchite. Il se sert d'une pommade de 2 à 5/30 qu'il applique sur la peau du scrotum ; l'application est faite une ou deux fois par jour. Il a observé une diminution de la douleur pendant plusieurs heures ; l'action a été nulle sur l'orchite elle-même. Le gaïacol employé pur détermine de l'érythème du scrotum ; c'est pour cette raison qu'il préconise une pommade de 2 à 5 grammes pour 30 grammes de vaseline.

M. Netter a fait passer cette semaine une thèse à la Faculté dans laquelle l'auteur insiste sur l'action anesthésique du gaïacol, mais nous ignorons encore le mécanisme de cette anesthésie.

M. Balzer. Les effets du gaïacol se produisent au bout

de peu de temps ; l'absorption cutanée n'est pas assez rapide pour expliquer son action locale ; il croit à une action réflexe produisant l'anesthésie.

M. Chauffard a obtenu d'excellents résultats du salicylate de soude employé à l'intérieur à haute dose (6 grammes par jour) : soulagement rapide, dans l'orchite blennorrhagique, de la douleur et amélioration de l'état local.

M. Ferrand croit que la peau absorbe en partie le gaïacol. Son action antithermique et anesthésique est très rapide. Pour ménager la peau, il l'emploie mêlé à partie égale de glycérine.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VI^e^ ARRONDISSEMENT

*Séance du 24 février* 1892 — *Présidence de* M. Dauchez.

Assistent à la séance : MM. les D^rs^ Dauchez, Binet, Boé, Brisson, Genesteix, Le Coin, Machelard, Percheron, Pruvost, Récamier, Verchère, Bernard-Leim.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu par le D^r^ Boé. Il est adopté, sauf une rectification demandée par le D^r^ Verchère au sujet d'une phrase prononcée par le D^r^ Depasse, président, se plaignant que les communications les plus nombreuses faites à la Société pendant l'année 1893, aient été malheureusement les communications chirurgicales. Rectification est faite.

La correspondance comprend :

1° Un numéro de l'*Art dentaire* ;

2° Une lettre du D^r^ Depasse qui s'excuse de remettre à une séance ultérieure la communication qu'il devait faire ;

3° Une lettre de remerciement du D^r^ Peisson ;

4° Une lettre où M. le D^r^ Camille Pinet donne sa démission de membre de la Société du VI^e^ arrondissement.

M. Verchère demande à ce qu'on surseoie à l'acceptation de cette démission.

Il verra le D^r^ Pinet et lui demandera de revenir sur sa décision.

M. Genesteix, *secrétaire général*, ira au besoin faire une visite officielle.

M. Verchère pense qu'il n'est besoin ni de lettre, ni de visite officielle, une visite officieuse de sa part est préférable. Il ajoute qu'il y a tout intérêt pour la Société à garder le plus de membres possible, quand même ceux-ci n'assisteraient pas aux séances.

M. le Président demande quelle est la décision de la Société. Il est décidé qu'on n'accepte pas la démission du D^r^ Pinet et que le D^r^ Verchère ira lui rendre une visite.

M. Le Coin fait remarquer que M. le D^r^ Pinet n'ayant pas dix ans de participation à la Société ne peut être nommé membre honoraire. L'incident est clos.

M. le Président demande si en remplacement de la communication du D^r^ Depasse, quelqu'un demande à prendre la parole.

Personne n'ayant répondu à cet appel, M. le Président Dauchez demande à communiquer à la Société la *statistique* de 77 cas de revaccination. (*Voir ci-dessus* p. 225.)

M. Dauchez ajoute qu'on ne doit pas se lasser de revacciner malgré les insuccès d'une ou plusieurs vaccinations et il cite à l'appui l'exemple d'un confrère qui, vacciné 12 ou 15 fois sans succès, a eu une superbe pustule à un doigt après s'être piqué par imprudence avec une lancette chargée de vaccin.

M. Le Coin. Autrefois, quand on vaccinait de bras à bras, on n'était pas obligé d'employer beaucoup de liquide. Maintenant, avec le vaccin de génisse, pour les vaccinations de la mairie, on emploie beaucoup de vacein. On dépose une assez grande quantité de lymphe sur la peau et on vaccine en faisant une véritable scarification au-dessous de la masse liquide, on a alors des succès fréquents.

M. le Président. Si avant de vacciner on excite la circulation de la peau par des frictions, on a des succès dans une proportion plus grande. Les scarifications mettant en contact une surface absorbante plus grande, augmentent aussi les succès. Il parle ensuite de la conservation du vaccin Chambon qui peut supporter le voyage d'Amérique.

M. Bernard cite une vaccination faite avec succès sur un jeune enfant de quelques mois vers le milieu de décembre, avec un tube de vaccin datant du mois d'août.

La période d'incubation a été un peu plus longue que normalement

M. Dauchez. Au frais la vaccine de génisse se conserve plus virulente que le vaccin humain. 25 fois sur 35 la vaccine généralisée a été due au vaccin de génisse. Il cite le cas d'une malade de Guibout. Dans sa thèse, il a rapporté des faits curieux concernant la vaccination. Il cite le cas d'une femme qui venait consulter pour une éruption à la vulve, causée par le transport du vaccin à l'aide de l'ongle à la suite de grattage.

M. Genesteix, à propos de la conservation du vaccin dit que M. Chambon envoie tous les mois un stock de tubes au Japon et le voyage dure quarante jours.

M. Machelard demande si son confrère M. Le Coin pourrait donner une comparaison entre les proportions de succès dans les vaccinations de la mairie entre l'ancien procédé et le nouveau.

M. Le Coin confirme l'excellence et la supériorité du dernier procédé : dépôt préalable d'une assez grande quantité de vaccin de génisse et scarification.

M. Genesteix. C'est le procédé employé au régiment.

M. le Président parle de l'utilité des revaccinations dans les écoles et dit que dans la revaccination on observe parfois un retard dans l'apparition de la papule.

La parole est donnée à M. Pruvost :

Il a observé dernièrement 4 enfants atteints de scarlatine. Chez l'un, un petit blondin, il a vu survenir des douleurs articulaires, avec torticolis. La figure était pâle, bouffie. L'enfant n'avait rien à la gorge. Néanmoins, il recommanda à la mère de faire des irrigations de la gorge et du nez. Les prescriptions ne furent pas suivies et il vit l'état de l'enfant s'aggraver, la langue était devenue sèche. Dans la gorge, malgré les recherches, aucune membrane n'est découverte. Il insiste de nouveau sur les irrigations et fait faire des lavages avec une solution de chlorhydrate de quinine à 1/100 et à l'eau de chaux.

Le lendemain l'enfant était mieux il avait rendu par les narines deux bouchons jaunes noirâtres. Aujourd'hui, après avoir fait sortir des fosses nasales 7 ou 8 bouchons de même nature, on trouve l'enfant beaucoup mieux.

M. Pruvost conclut à l'utilité et à la nécessité des irrigations nasales et pharyngiennes dans la scarlatine.

Il y a quelque temps il soignait un enfant gros, bien rtant d'habitude, présentant les symptômes habituels de scarlatine, pas d'albumine dans les urines. Il recom- ande les irrigations boriquées dans les fosses nasales et gorge. — Il éloigna ses visites. Après être resté trois urs sans voir l'enfant, il lui trouve à son retour le visage les mains bouffies. Les urines contenaient de l'albumine. a mère avait cessé pendant cette absence les irrigations oriquées.

On les reprend et quarante-huit heures après il n'y avait us d'albumine dans les urines.

Aussi M. Pruvost fait toujours faire des irrigations dans s fosses nasales et la gorge de ses malades scarlatineux, s deux régions étant le point de départ des complications u'on observe dans la scarlatine.

M. le Président. Le Dr Hutinel émet la même opinion. La ortalité, effrayante autrefois parmi les enfants atteints e scarlatine aux Enfants-Malades a beaucoup baissé depuis u'on emploie les lavages et les irrigations. On n'observe lus ou peu de complications.

M. Pruvost a observé l'enfant d'un confrère malade epuis trois mois de la scarlatine et albuminurique. L'albu- ine a disparu huit jours après qu'on eut commencé les rrigations du nez et de la gorge.

M. Dauchez cite le cas d'une femme habitant rue du herche-Midi, présentant une éruption de scarlatine typique. ur les amygdales on voyait quelques points blancs isolés insi que quelques traînées blanchâtres. Pendant trois jours ette angine présentait les apparences d'une angine pul- acée.

Le 4e jour les amygdales, la luette, le pharynx, la ouche furent tapissés de fausses membranes blanches.

Adénite complète, pas d'albumine, il fit pratiquer les avages et les nettoyages.

Cette angine, à apparence banale au début, était donc autre chose qu'une simple angine scarlatineuse et il en est ainsi quelquefois dans la scarlatine.

Autrefois pour les anciens cliniciens il était impossible d'établir la distinction entre les angines diphtéritiques et les angines scarlatineuses.

M. Machelard. La bactériologie n'existait pas alors.

M. Récamier rapporte l'observation du fils d'un confrère qui, convalescent de scarlatine, accusa 39° de température, il avait un ganglion sous-maxillaire, et rien à la gorge. On fit le lavage des fosses nasales et le lendemain il n'y avait plus de ganglion et la fièvre était tombée.

M. le Président. Personne n'a plus de communications à faire.

La séance est levée.

*L'un des secrétaires annuels* : Dr Bernard.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 4 avril* 1894. — *Présidence de* M. Th. Anger.

**Balles de revolver dans le cerveau.** — M. Monod revient sur l'histoire d'un malade dont il avait dit quelques mots dans la précédente séance. Ce malade s'était tiré une balle de revolver dans la tempe droite; il était dans le coma quand on l'apporta à l'hôpital. M. Monod n'intervint pas et le malade mourut. Or à l'autopsie on trouva un orifice cranien petit et arrondi; la balle avait traversé le cerveau de part en part; arrivée au niveau du pariétal gauche elle s'était réfléchie et s'était enfin logée dans le lobe pariétal gauche au niveau du pli courbe. Il existait de plus un épanchement sanguin assez abondant sous la dure-mère.

**Genou à ressort.** — M. Delorme. Dans la dernière séance j'ai présenté un malade atteint d'une affection rare du genou. Cette affection consiste en un ressaut brusque du genou survenant vers la fin de l'extension du membre et exagérant celle-ci, rendant de la sorte la marche pénible et incertaine. Le malade est âgé de 25 ans. Pendant un exercice à cheval il fut projeté à terre et traîné sur une longueur de 7 mètres, au mois d'avril 1891.

L'hémarthrose du genou qui en fut la conséquence fut traitée par la compression et l'immobilisation, et la guérison survint, ne laissant au niveau de la jointure que quelques craquements. Mais il y a un an, survint un phénomène nouveau. Pendant la marche, quand le membre inférieur droit opère le mouvement d'extension, il se produit tout à coup un brusque ressaut de l'articulation, une sorte de « déclanchement », terminant brusquement le mouvement d'extension qui est en train de se faire. L'extension du membre est de plus exagérée.

Pendant les mouvements de l'articulation, pas de craquements. Pendant les mouvements communiqués au genou, ou lorsque le malade couché exécute lentement des mouvements d'extension et de flexion du membre, le phénomène du « genou à ressort » ne se produit pas. La marche est pénible et devient impossible très rapidement. A l'examen du genou malade, ni épaississement de la synoviale, ni lésions osseuses. Quelques craquements fins seulement pendant les mouvements communiqués du genou. Dans l'extension complète du membre, mouvements de latéralité du genou plus prononcés que du côté opposé. Le triceps est atrophié notablement.

Quelle est la nature de cette affection bizarre. Tout d'abord nous avions pensé à une subluxation du fémur en arrière, due à la déchirure des ligaments croisés. Mais nous avons abandonné ce diagnostic, car le déplacement du fémur en arrière n'est qu'apparent pendant la marche; les condyles fémoraux restent en contact avec le tibia.

L'idée de subluxation des cartilages semi-lunaires doit être aussi abandonnée, car il n'existe pas chez le malade d'arrêt brusque pendant la marche, il ne survient pas davantage de flexion du genou. De plus les condyles fémoraux ne font pas de saillie anormale.

La pensée d'assimiler l'affection que nous avions sous les yeux avec « le doigt à ressort » devait se présenter naturellement. Chez notre malade, en effet, comme dans le doigt à ressort, il existe un brusque ressaut pendant les mouvements, s'accompagnant d'une douleur plus ou moins vive, avec fatigue rapide du membre. Cependant il existe entre les deux affections une différence, c'est que le phénomène du ressaut persiste dans le doigt à ressort pendant les mouvements communiqués, alors qu'il n'apparaît chez notre malade que pendant la marche.

D'après les théories les plus récentes, il faudrait faire intervenir des modifications intra-articulaires (saillies anormales des cartilages articulaires, déformations des faces latérales des épiphyses, kystes synoviaux, rétractions ligamenteuses). M. Poirier, dans son mémoire paru dans les *Archives générales de médecine*, cite deux cas de « genou à

ressort ». Mais chez notre malade il ne semble pas qu'il existe des altérations articulaires, il n'y a ni déformations osseuses, ni épaississement de la synoviale.

En admettant même que les surfaces articulaires soient altérées, comment se fait-il que le phénomène du ressort ne se produise que pendant la marche ? A notre avis, il vaut mieux expliquer le phénomène par un trouble musculaire, un *spasme fonctionnel*. C'est d'ailleurs l'opinion soutenue par Carlier dans sa thèse (1889) sur le doigt à ressort. Chez notre malade, dès que le membre est fatigué, il se produit un tremblement dans ce membre ; le ressaut disparaît pendant quelques instants lorsqu'on a pratiqué une compression circulaire au niveau des muscles du genou. Or les muscles qui, dans notre cas, doivent être atteints du spasme fonctionnel sont *les fléchisseurs*.

Pendant le mouvement d'extension du membre, les muscles fléchisseurs sont brusquement atteints de spasme ; il se produit alors une sorte de réflexe articulaire faisant plus brusquement et plus rapidement se contracter le triceps dont la contraction convulsive termine ainsi, par un ressaut, l'extension du genou. Le spasme des fléchisseurs se produit grâce à l'atrophie du triceps, son antagoniste.

Le genou à ressort est une affection douloureuse, assez sérieuse, et de longue durée.

Le traitement à mettre en œuvre consistera en douches sur les extenseurs, en massages du triceps ; application de courants faradiques sur le triceps, de courants galvaniques sur les fléchisseurs contracturés. Comme le ressaut disparaît chez notre malade quand les mouvements sont exécutés dans le lit, il est indiqué de faire des mouvements passifs énergiques d'extension du membre. Il faudra immobiliser le genou dans une genouillère.

Le pronostic de l'affection est en somme assez sérieux.

Quant à la description de cette affection, celle-ci est à peine indiquée dans le mémoire de M. Poirier. Elle n'est signalée ni dans les traités classiques, ni dans des travaux spéciaux.

**Déchirure du rein.** — M. Tuffier. J'ai observé cinq malades atteints de déchirure de rein. Chez l'un je suis intervenu, chez les quatre autres je me suis abstenu, et tous ont guéri.

Le premier malade, chez lequel je suis intervenu, était un homme de 40 ans qui reçut une contusion grave de la région lombaire. A la suite de ce traumatisme, il eut une tuméfaction considérable de la région lombaire, de l'hématurie, et enfin une paralysie du membre inférieur qui ne pouvait s'expliquer que par la compression du plexus nerveux, due à l'abondance de l'épanchement. L'opération permit de vider le foyer, de constater que le rein était déchiré et de le suturer. Les suites opératoires furent simples et le malade guérit, sans trouble aucun du côté de l'appareil urinaire.

Les quatre autres malades avaient subi des traumatismes analogues, l'épanchement sanguin était abondant, mais il n'y avait pas paralysie et l'hémorragie paraissait arrêtée. Dans ces quatre cas, je m'abstins et les malades guérirent également.

Ces cas prouvent que l'intervention primitive, en cas de lésion rénale, doit être exceptionnelle, que l'hématurie n'est nullement une indication suffisante pour cette intervention, et que celle-ci n'est guère indiquée que dans les cas où l'épanchement de sang constitue une menace pour la vie du blessé.

M. Bazy. Je viens d'observer deux cas de contusion rénale dans lesquels l'hématurie dura un mois et quinze jours et qui guérirent cependant sans aucune intervention.

**Rétrécissement fibreux du rectum.** — M. Routier lit un rapport sur une observation envoyée par M. Grey, de Rio-de-Janeiro.

Cette observation est celle d'un homme atteint d'un retrécissement fibreux du rectum chez lequel M. Grey pratiqua l'extirpation du rétrécissement par la voie sacrée.

Il est vrai que le malade n'a pas été suivi assez longtemps pour qu'on puisse affirmer qu'il ne s'agissait pas d'un rétrécissement cancéreux.

**Abcès d'origine ano-rectale.** — M. Quénu lit un travail sur les abcès qui peuvent se développer au voisinage de l'anus et du rectum, abcès qui d'après ses recherches anatomiques, seraient le plus souvent des lymphangites ou des adéno-phlegmons consécutifs à une lésion anale ou rectale. Etant donné le groupement des vaisseaux lymphatiques rectaux, on peut admettre trois grandes classes d'abcès :

1° Des abcès développés le long des lymphatiques de l'étage inférieur ou consécutivement, à une lymphangite trajective ;

2° Des abcès de l'étage supérieur ou rétro-rectaux ; ils ont pour origine l'inoculation des lymphatiques ou des ganglions du mésorectum ;

3° Des abcès de l'étage moyen ; ils occupent l'espace pelvi-rectal supérieur, ils sont péri-lymphangitiques ou péri-adéniques ; ces derniers ont une tendance, à cause de la situation anatomique des ganglions infectés, à passer vers la fesse à travers l'échancrure sciatique. Il en résulte qu'étant donné un abcès chaud profond de la fesse, il faut toujours, en l'absence d'autres causes, rechercher une porte d'entrée de l'infection du côté de l'anus ;

4° L'ordre de fréquence des suppurations ano-rectales est rigoureusement calqué sur la facilité plus ou moins grande avec laquelle on injecte le système lymphatique par l'anus.

En piquant le pourtour de l'anus ou du conduit anal, on n'injecte qu'exceptionnellement un réseau lymphatique d'une portion un peu élevée du rectum et rarement on peut apercevoir un troncule ou un ganglion rempli de mercure dans la concavité du sacrum. On réussit quelquefois, mais avec assez de difficultés, à remplir les lymphatiques hémorroïdaux moyens, il faut pour cela que le mercure ait commencé par s'élever dans la muqueuse ou sous la muqueuse, un peu au-dessus des valvules de Morgagni.

Au contraire, l'injection du réseau des colonnes de Morgagni et du réseau sous-sphinctérien, celle des troncules péri-sphinctériens et des ganglions inguinaux est des plus faciles à réaliser.

**Occlusion intestinale.** — M. Routier présente les pièces d'un malade mort dans son service d'une occlusion intestinale. Le début de celle-ci avait été brusque, chez un homme de 32 ans. On fit la laparotomie le lendemain ; dans le péritoine on trouva la sérosité louche et du pus. On la libère. Lavage du péritoine. Pendant sept jours, le malade alla bien. Le septième jour, dyspnée, accès de suffocation. Mort le lendemain.

A l'autopsie, on trouva l'abdomen et l'intestin sains. Mais, dans la fosse iliaque droite, nappe de pus sous la séreuse

ontant derrière le côlon ascendant. En remontant der-
e celui-ci on trouva un gros abcès collecté au-dessus
oie, sous le diaphragme, et ayant perforé le duodénum
oint où il passe sous le foie.

---

*nce du 11 avril.— Présidence de* M. Lucas-Championnière.

**ontusion du rein.** — M. Gérard Marchant. On a conclu
s la dernière séance que dans les cas moyens de
hirure du rein, l'expectation paraît être la règle de con-
te. M. Peyrot et moi, par contre, nous nous sommes im-
é d'intervenir, M. Peyrot en mettant une pince sur le
qui saignait et moi par la néphrectomie.
ai pu réunir 17 faits de mort par hémorrhagie, que ce
une hématurie, une hémorrhagie péri rénale. Dans ces
, il aurait fallu intervenir et on peut trouver soit dans
phénomènes de paralysie, d'anémie aiguë, de tumeur
mentant progressivement, des indications formelles
pérer, sous peine de voir le malade succomber dans les
ires qui suivent l'accident.
Dans ces cas l'intervention s'impose ; elle est simple, il
t faire l'incision lombaire ; on pourra ou faire la suture
rein, ou placer la pince à demeure ou enfin, dans les cas
il y a un rein complètement dévié, faire la néphrec-
nie.
Cette néphrectomie est indiquée non seulement dans les
de broiement du rein, mais même dans les cas où le
n est divisé en plusieurs fragments.
M. Lucas-Championnière. Il est certain que des malades
eints de contusion du rein avec hématurie ont parfaite-
nt guéri. Cependant j'ai souvenir d'un fait que l'on peut
outer aux 17 de M. Marchant, et qui fut suivi de mort
ns intervention.
Aussi chez un malade plus récemment j'ai fait le net-
yage du foyer sanguin et la néphrectomie et le malade a
éri.

**Calculs de l'urèthre.** — M. Bazy fait un rapport sur des
its l'un de M. Pioger (d'Asnières), l'autre de Laire (de
ieil).

**Splénectomie.** — M. Terrier. Il s'agit d'une jeune fille
18 ans ayant présenté des phénomènes de douleurs vio-
ntes au niveau de l'hypochondre gauche. Elle a eu des
èvres intermittentes. Le ventre est ballonné, mat. Le dia-
nostic restant incertain, M. Hartmann fait la laparotomie.
dhérences de tout l'épiploon.
En le relevant on aperçoit la rate, qui est volumineuse,
ouge, tendue. Le pédicule de la rate est tordu deux fois
ur lui-même dans le sens des aiguilles d'une montre. Li-
ature de ce pédicule et ablation de la rate, qui pèse
00 gr. Le liquide péritonéal était aseptique. La malade
uérit. Les hématies augmentèrent progressivement. Les
eucocytes augmentèrent de nombre au moment où se fit un
bcès au niveau de la cicatrice.
J'ai pu relever un certain nombre de faits où se trouve
ignalée cette torsion du pédicule.
M. Heurtaux (de Nantes) a communiqué une observation
ù la torsion avait exigé une splénectomie. La malade était
norte. Des adhérences suppurées existaient qui ont pu ex-
liquer cette issue.
Dans nombre de cas les phénomènes ont été des dou-
eurs qui ont attiré l'attention. Dans un cas d'autopsie, on
a rencontré une torsion du pédicule sans trace de périto-
nite.
Cependant, cette torsion est l'origine de phénomènes
péritoniques le plus souvent, mais sans déterminer primi-
tivement de lésions septiques, l'examen des liquides du
péritoine démontrant l'état de pureté de ces liquides.

**Sur un fait de cholécystentérostomie.** — M. Ricard.

**Cystocèle inguinale.** — Présentation de malade par M. Delorme.

**Fracture par contact du fémur par armes à feu.** — Présentation de malade par M. Delorme.

**Hématome de la bourse prœrotulienne avec corps étrangers de la vessie.** — Présentation de malade, par M. Berger.

**Calcul vésical expulsé par l'urèthre.** — Présentation de pièces, par M. Bazy.

---

## XIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

*Tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894.*

—

**Le parasitisme dans le cancer.** — M. Pio Foa (de Turin), *rapporteur*. — L'étiologie du cancer est encore une des questions les plus obscures de la médecine. Certes, les recherches anatomo-pathologiques modernes ont considérablement élargi le cercle de nos connaissances relatives à l'histogenèse des tumeurs cancéreuses, mais elles n'ont pu élucider d'une manière définitive la cause de la production de ces néoplasmes L'étiologie du cancer a suscité, dans ces derniers temps, toute une série de travaux histologiques et microbiologiques. Au début, un auteur a cru avoir découvert le parasite du cancer dans un microbe du genre des schizomycètes. Or, il fut bientôt démontré que ces microorganismes ne jouent aucun rôle dans l'étiologie du carcinome. Cependant, beaucoup de pathologistes ont continué à croire à la nature parasitaire des affections cancéreuses ; à la vérité, nombre de faits plaident en faveur de cette opinion. On sait que le cancer apparaît d'abord sous la forme d'une lésion purement locale pour s'étendre ensuite lentement et se généraliser dans l'organisme. Parfois cette généralisation est rapide et étendue, ainsi qu'on l'observe dans les cas de carcinose miliaire. De plus, le cancer est transmissible chez les individus de la même espèce animale, comme le prouvent les auto-inoculations, les inoculations accidentelles dues au bistouri du chirurgien, les inoculations expérimentales pratiquées chez l'homme et les animaux, ainsi que les observations cliniques de transmission du cancer par contact soit sur le même sujet, soit d'un sujet à un autre.

Enfin, on prétend que dans certains pays la mortalité due au cancer a pu atteindre jusqu'à 15 0/0 de la mortalité générale, ce qui constituerait une véritable endémie cancéreuse.

Mais il est aussi des pathologistes qui nient l'origine infectieuse du cancer. Ils font observer qu'on ne connaît pas d'exemple d'une épidémie de cancer ayant sévi tout à coup dans une localité qui en avait été indemne auparavant, et que, d'autre part, dans les expériences semblant prouver la contagiosité de ce néoplasme, il ne s'agit que de simples greffes analogues à celles à l'aide desquelles on réussit à transplanter toute espèce de tissus. Quant aux noyaux can-

céreux secondaires, développés à distance du foyer primitif, ils reconnaîtraient pour cause non pas la dissémination d'un agent parasitaire quelconque, mais un transport d'éléments histologiques du cancer venant se greffer en ces points éloignés et s'y développer de la même façon que dans le foyer primitif.

D'aucuns estiment que le cancer, même lorsqu'il reste localisé à son foyer primitif, peut amener la mort par les toxines auxquelles il donne naissance et dont les effets se manifestent par certaines modifications des échanges, en particulier par une consommation excessive de substances azotées.

Mais ces mêmes troubles du chimisme organique s'observent aussi dans les états d'inanition. D'autre part, tous les cancéreux ne succombent pas dans le marasme.

La discussion de toutes les doctrines relatives au développement et à la propagation du cancer ne pouvant trouver place dans ce rapport, je me vois obligé de me limiter à l'exposition des faits qui tendent à prouver l'existence, dans les cellules cancéreuses, d'un parasite de la classe des protozoaires.

Thoma paraît avoir été le premier à constater dans les cellules cancéreuses certains corps tantôt intra nucléaires, tantôt extra nucléaires, contenant du protoplasme et des substances chromatiques, et qu'il a supposé être de nature parasitaire. Bientôt après, Albarran, Darier et Malassez ont décrit dans les cancers épithéliaux et médullaires, ainsi que dans la maladie de Paget, certains éléments histologiques ressemblant aux psorospermies. Un certain nombre d'auteurs (Steinhaus, etc.) constatèrent également dans le noyau ou dans le protoplasma des cellules cancéreuses, des corps d'apparence parasitaire. Russel a trouvé dans les tumeurs cancéreuses des éléments particuliers se colorant fortement par la fuchsine acide et qu'il prit pour des blastomycètes Cependant il fut démontré dans la suite que ces corps se trouvent aussi dans les tissus non cancéreux, chez divers animaux. On les considère aujourd'hui comme analogues aux granules d'Altmann et aux gouttelettes hyalines, ou bien comme provenant des corpuscules rouges du sang. Personne ne leur attribue plus aucun rôle dans l'étiologie du cancer.

Podvyssotzki et Savtchenko on trouvé dans les tumeurs cancéreuses des corps falciformes, tantôt intra-cellulaires, tantôt disposés entre les cellules, corps déjà remarqués par Stroebe, et ressemblant morphologiquement aux spores des protozoaires.

En décembre 1891 j'ai attiré l'attention sur l'existence dans les néoplasmes cancéreux d'éléments analogues à ceux dont, au mois d'avril de la même année, Soudakévitch avait donné la description et que Ruffer et Walker ont étudiés en détail quelques mois plus tard

Puis sont venus les travaux de Borrel, de Bouchard, de Clarke, de Galloway, de Cattle, etc., sur le même sujet.

Pfeiffer, Adamkiewicz et Korotnew occupent une place à part parmi les partisans de la théorie infectieuse du cancer, car ils considèrent comme parasites des éléments qui, pour tous les auteurs pathologistes, sont des cellules épithéliales et conjonctives du tissu propre du néoplasme.

Un grand nombre d'auteurs — Hansemann, Ribbert, Cornil, Unna, Hlava, etc. — ont combattu la théorie parasitaire du cancer et ont émis l'opinion que les prétendus parasites cancéreux ne sont autre chose que des produits de dégénérescence, des inclusions cellulaires, des globules de sang, des filaments chromatiques ou enfin des produits de fragmentation et de dégénération des noyaux ou des nucléoles.

En octobre 1893, j'ai publié un travail dans lequel j'ai donné la description des corps parasitaires déjà mentionnés dans mes publications précédentes et qui sont analogues à ceux qui, plus tard, furent constatés par d'autres auteurs.

Ce sont des élément intraplasmiques paranucléaires, composés d'un protoplasma excessivement mince, d'un petit corpuscule central et d'une capsule à double contour. Leurs dimensions varient du volume d'un petit nucléole à celui d'un gros noyau cellulaire. A mesure que cet élément s'accroît, son protoplasme se festonne à la périphérie et prend la forme d'une cocarde. D'autres fois, le protoplasma se segmente régulièrement, sans que cette segmentation aboutisse à un division complète. Dans ce cas on se trouve en présence d'un corps en rosace; les segments dont il s'agit ici ne sont nullement des spores. Parallèlement au développement du parasite, on voit augmenter aussi son corpuscule central, tandis que le protoplasma s'atrophie de plus en plus. Enfin le corpuscule central se divise en un grand nombre de petites granulations sphériques qui remplissent tout le contenu du parasite devenu maintenant un sporocyste. En effet, les granulations sphériques issues de la division du corpuscule central sont vraisemblablement des spores, dont elles présentent d'ailleurs les caractères. La capsule et les restes du protoplasma du parasite se colorent fortement en bleu par l'hématoxyline.

A l'encontre de Soudakévitch, je n'admets pas que les segments protoplasmiques soient des spores. D'autre part je me sépare de l'opinion de Ruffer, d'après laquelle les parasites passeraient par une période de développement intranucléaire. Mais abstraction faite de ces quelques divergences d'opinion, il paraît certain que les corps décrits par Soudakévitch, Ruffer, Clarke et Cattle, sont identiques à ceux que j'ai déjà signalés en 1891.

Les parasites dont il s'agit se trouvent dans presque tous les cancers d'origine glandulaire. On les rencontre plus rarement dans les cancers provenant de l'épithélium de revêtement. Les parties périphériques des tumeurs cancéreuses contiennent généralement des parasites de petites dimensions, tandis que dans la profondeur du néoplasme on rencontre de gros sporokystes. Dans les parties du tissu néoplasique riches en parasites, la karyokinèse fait défaut ou n'est que peu accusée. Au contraire, dans les points où la prolifération des tissus est active, les parasites manquent ou ne se trouvent qu'en petit nombre. On constate la présence des parasites aussi bien dans les foyers cancéreux primitifs que dans les nodules secondaires. On ne les trouve pas toujours dans les nodules qui commencent à peine à se développer, et on ne les rencontre plus dans les foyers très anciens, déjà complètement dégénérés.

Il semble que les parasites du cancer ne se développent pas indifféremment sur toutes les variétés d'épithélium. C'est ainsi que dans un cas de cancer pulmonaire constitué à la fois par de l'épithélium cylindrique et pavimenteux, les parasites ne furent constatés que dans la seconde variété d'épithélium.

Souvent une seule cellule cancéreuse contient plusieurs parasites de différentes dimensions.

Les arguments qu'on a fait valoir contre la nature parasitaire de certains éléments signalés dans le cancer ne

ent être invoqués contre les éléments histologiques il vient d'être question.

effet, les dimensions de ces corps, leur présence en bre souvent considérable dans la cellule cancéreuse ermettent pas de les confondre avec des noyaux cellus dégénérés D'autre part, ils se distinguent nettement, eurs réactions chromatiques et par leur structure, des uits des dégénérescences colloïde, hyaline et cornée. dégénérescence muqueuse peut bien donner une tion analogue à celle que les parasites du cancer maent à l'égard de l'hématoxyline, mais les gouttelettes mucus sont granuleuses ; en outre, elles n'ont pas de ule et ne présentent pas les autres particularités de cture propres aux parasites du cancer. Ces derniers ne vent évidemment être confondus avec les granules tmann, les hématies et les leucocytes. Les inclusions laires dues à la phagocytose ont un autre aspect et se portent différemment à l'égard des substances colores. Jamais aucun noyau d'une cellule épithéliale ne uit, en se fragmentant, de corpuscules semblables aux es des parasites cancéreux. Les *centrosomes*, l'*archime*, les filaments du *mitome* présentent un aspect caractéristique et se colorent tout autrement que les parasites du cer. On peut en dire autant des fragments de chromadérivés des karyokinèses pathologiques.

este donc l'hypothèse de la nature parasitaire des corps question, hypothèse d'autant plus plausible que l'on t suivre toutes les phases du développement de ces asites, à partir du petit corpuscule du volume d'un nuple jusqu'au sporocyste atteignant les dimensions d'un s noyau cellulaire.

n n'a pu jusqu'à présent obtenir de cultures du parasite cancer ; mais on n'a pas non plus réussi à cultiver l'hétozoaire de la malaria. Le cancer n'est inoculable, par ffe, que chez les individus de la même espèce animale. eillement, l'hématozoaire de la malaria ne se développe dans l'organisme des oiseaux. Inversement on connaît plasmodie analogue à l'hématozoaire de la malaria z l'homme, plasmodie qui se rencontre dans les corpusles rouges des oiseaux et qui n'est pas transmissible à mme ; c'est que les parasites d'origine animale sont cifiques pour certains organismes et pour certains tissus n seul et même organisme.

Dans une tumeur manifestement cancéreuse, on peut ne découvrir de parasites, parce que ceux-ci ne s'y trouvent à l'état de spores, difficiles à distinguer du protoplasma lulaire.

Les parasites du cancer parcourent à l'intérieur de la llule toutes les phases de leur développement, jusqu'à formation des sporocystes. Leurs spores infectent utres cellules et sont transportées avec celles-ci dans nodules secondaires où le parasite se développe de nouau et d'où il infecte d'autres éléments histologiques. Les llules contenant le parasite finissent par mourir et par désagréger, tandis que les cellules environnantes subissent un processus de prolifération active.

Au point de vue clinique, cette théorie de la nature parasitaire du cancer n'est passible, à mon avis, d'aucune bjection. Pour ce qui concerne le côté anatomique de la uestion, il reste encore à expliquer la participation du ssu conjonctif au processus morbide et la diversité des rmes du cancer.

M. Cornil (Paris). On trouve dans le cancer un grand nombre de modifications de la forme des cellules et des noyaux qui peuvent en imposer pour des parasites. Les noyaux des cellules cancéreuses se divisent tantôt en deux, tantôt en trois, quatre, cinq, six ou sept noyaux secondaires, et ces divisions aboutissent à la production de deux ou plusieurs cellules contenant chacune un noyau, ou à la production de plusieurs noyaux siégeant dans le protoplasma de plusieurs cellules.

Les noyaux des cellules qui viennent de se diviser sont petits, riches en matière chromatique, mais ils deviennent bientôt frangés sur leur bord, bosselés, avec prédominance de liquide dans leur intérieur et diminution de la matière chromatique. Ils peuvent présenter alors les formes les plus variées, en bissac, en couronne, en amas de bosselures ou de noyaux secondaires sphériques, contenant peu de substance chromatique ; quelquefois ces petits noyaux œdémateux ou hydropiques sont isolés en nombre variable dans le protoplasma des cellules. Or, tous ces noyaux, quelles que soient leur forme et leur apparence, contiennent les mêmes substances que les noyaux ovoïdes du cancer à l'état de repos ou à l'état de division indirecte.

Nous avons pu faire cette démonstration en colorant des coupes de cancers par le procédé de M. Moïse Frenkel, qui permet de colorer dans les noyaux deux substances solides, l'une, la nucléine, en bleu, sous forme de filaments et de grains, l'autre, la paranucléine, en rouge.

Lorsque le noyau des cellules cancéreuses montre les premiers phénomènes de l'accroissement, avant la formation de la plaque équatoriale, on voit la nucléine se présenter sous la forme de gouttelettes bleues, en même temps que la paranucléine, d'un rouge intense, s'accroît dans le noyau et se fragmente en granulations. Une zone claire apparaît entre le noyau dont l'enveloppe disparaît bientôt et le protoplasma cellulaire qui montre aussi des granulations rouges à sa limite interne. En même temps que la nucléine se dispose en grains ou filaments constituant la plaque équatoriale, on voit aux deux pôles du noyau les fuseaux radiés, formés de filaments et de granulations colorés en rouge. A chacune des figures de division par trois, quatre, cinq ou six, correspond une étoile de nucléine et un cône de paranucléine. On observe, au stade de la séparation des étoiles filles, de nombreuses irrégularités, et souvent, au lieu de se séparer en cellules distinctes, les noyaux secondaires constitués par ces étoiles restent inclus dans la même cellule.

A côté des grandes cellules en division pluripolaire, on trouve presque constamment des cellules de même dimension avec un ou plusieurs noyaux en forme de bissac, frangés, arborescents, à bourgeons multiples ou en grappes, présentant les apparences les plus bizarres. Ces noyaux, quelle que soit leur disposition, possèdent, comme ceux dont ils émanent, de la nucléine bleue constituant leur paroi, des filaments et des grains, et de la paranucléine formant une ou plusieurs granulations au centre du noyau et de chacun de ses bourgeons.

Nous sommes donc persuadé qu'il s'agit là de modifications du noyau dont on peut suivre toutes les phases. Comme on trouve ces grands noyaux arborescents et lobulés surtout à côté des mitoses pluripolaires, dont les étoiles sont à un état plus ou moins avancé de développement dans la même cellule mère, nous pensons que ces grands

noyaux succèdent à des divisions nucléaires qui n'ont pas abouti à la séparation du protoplasma.

Ces apparences des noyaux ont été décrites comme des parasites du cancer et comme des corps inclus parasitaires par MM. Foà, Soudakévitch, Ruffer, Podwissotzky, etc., et les descriptions et les dessins de ces auteurs ressemblent absolument à ceux que j'ai publiés en 1891, dans un travail sur les divisions indirectes des cellules cancéreuses.

Les figures de karyokinèse sont loin de présenter, dans les tumeurs épithéliales, la même régularité que dans les tissus normaux, et souvent elles sont irrégulières ou tout à fait anormales. Une des formes les plus curieuses est donnée par le développement d'un noyau né d'une grande mitose et s'isolant de façon à arriver à complète maturité, tandis que le reste du filament nucléaire évolue plus lentement. Il en résulte une séparation d'un noyau et même parfois une inclusion cellulaire dans le protoplasma d'une cellule dont le noyau principal peut devenir hydropique ou arborescent, ou se présenter sous la forme de grappes ou de petits noyaux isolés, ce qui donne lieu à des apparences qui ont pu être également considérées comme résultant de la présence de parasites.

On rencontre aussi dans le cancer des cellules dégénérées, dont le protoplasma se colore plus fortement en rouge et qui renferment, en place de noyau, des grains, filaments ou masses de nucléine représentant les diverses formes de la division indirecte, sans qu'il y ait de filaments achromatiques ni d'espace clair autour de la nucléine divisée. Ce sont des dégénérescences cellulaires arrêtées dans l'une des phases de la division indirecte des noyaux.

On a décrit aussi comme parasites des globules blancs migrateurs interposés entre les cellules du cancer. Ces globules subissent entre les cellules les mêmes modifications de forme et les mêmes régressions que dans leurs migrations à travers l'épiderme et les cellules épithéliales des muqueuses dans les inflammations. Ils pénètrent dans le protoplasma des cellules en dégénérescence ; ils s'accumulent parfois dans le centre des globes épithéliaux à la place de cellules épithéliales dégénérées et se réduisent alors eux-mêmes en fragments de nucléine.

En résumé, loin d'être hostile au parasitisme du cancer, j'en accepterais volontiers la démonstration, mais jusqu'ici les partisans de la théorie parasitaire du cancer se sont uniquement basés sur la morphologie, et les corps décrits par eux comme étant des parasites ne me paraissent pas être autre chose que des modifications des noyaux et des cellules, résultant des mouvements de la nucléine et de la paranucléine, en rapport avec leur croissance extrême et avec leurs dégénérescences variées.

MM. S. Duplay et M. Cazin (Paris). Les résultats de nos recherches sur la structure des éléments constitutifs des cancers épithéliaux concordent entièrement avec les résultats obtenus par M. le professeur Cornil. Déjà, en 1891, au Congrès international d'hygiène et de démographie tenu à Londres, nous avons discuté un certain nombre d'interprétations admises un peu prématurément en faveur de la théorie psorospermique du cancer et, à ce moment, cette théorie semblait devoir être bientôt abandonnée, jusqu'à ce qu'une démonstration évidente de la nature parasitaire du cancer ait pu être fournie d'une façon irréfutable. Depuis, de nombreux travaux nous ont donné de nouvelles descriptions de sporozoaires du cancer, basées principalement sur les différenciations obtenues à l'aide de certains procédés de coloration. Mais là encore, dans ces travaux nouveaux, les descriptions et les dessins qui les accompagnent ne peuvent entraîner la conviction générale en faveur de l'hypothèse psorospermique au point de vue morphologique, en effet, la plupart des éléments décrits ont déjà été étudiés par beaucoup d'anatomo-pathologistes et, notamment dans les planches publiées par M. Cornil sur les formes irrégulières de division indirectes des cellules épithéliomateuses, on retrouve un grand nombre des éléments que M. Soudakévitch et M. Ruffer considèrent comme des parasites.

On peut, à notre avis, discuter longtemps encore sur la nature de ces éléments, dont personne ne nie, d'ailleurs, l'existence, sans que la question de l'origine parasitaire du cancer puisse bénéficier du même progrès. Nous admettons parfaitement l'hypothèse parasitaire tout autant que les défenseurs de la théorie psorospermique, mais nous constatons que la démonstration de cette hypothèse n'est pas faite en faveur des sporozoaires, puisque depuis bientôt six ans on décrit dans le cancer des parasites de ce genre sans pouvoir démontrer indiscutablement qu'il ne s'agit pas simplement d'erreurs d'interprétation.

M. A. Ruffer (Londres). Je regrette de me trouver en contradiction avec M. Cornil et plusieurs autres observateurs éminents, mais je dois dire que mes recherches, faites en collaboration avec MM. Walker et Plimmer, m'ont conduit à la même conclusion que celles de mon savant confrère M. Foà. Dans tous les cas de cancer examinés par nous, nous avons trouvé ces mêmes corps, qui donnent des réactions colorantes bien marquées et qui sont absolument différentes des réactions colorantes des noyaux des cellules cancéreuses. Nous avons parfaitement observé les figures décrites par M. Cornil et nous en avons même figuré quelques-unes dans nos travaux, mais je maintiens que ces figures diffèrent essentiellement des parasites décrits par Foà et par moi. Les réactions de la paranucléine de M. Cornil sont à peu près celles du noyau du parasite cancéreux, mais le parasite cancéreux, comme beaucoup de protozoaires étudiés par nous, ne contient pas de chromatine vraie et je crois que, dans la cellule pathologique humaine, il n'y a pas de noyau qui ne contienne de la chromatine. Quelques-unes des figures de M. Cornil ressemblent d'une façon très nette aux figures décrites par Martin, Heidenhain, dans les cellules épithéliales du *triton helveticus*.

J'ai étudié aussi la phagocytose dans le cancer, et il est incontestable que les leucocytes pénètrent dans la cellule épithéliale et s'emparent des parasites qui s'y trouvent. J'ai pu observer ce fait nombre de fois dans les métastases jeunes du foie et des organes glandulaires internes. Je n'ai pas étudié les inoculations sur les animaux, mais je crois qu'il faut inoculer les métastases pour obtenir des résultats positifs et non la tumeur primitive, car la greffe du sarcome ne réussit que quand on inocule les tumeurs métastatiques.

J'avoue, du reste, que je souscris aux conclusions de MM. Duplay et Cazin, quand ils nous disent que les coccidies de Wickham, de Korotnew, de Podvyssotzki, Savchenko et d'autres observateurs ne sont que des cellules pathologiques invaginées et dégénérées. Je crois que cela est admis maintenant par tous les observateurs compétents. En ce qui concerne la multiplication des parasites

'ai rien à ajouter aux faits publiés il y a près d'un an M. Plimmer et moi.

crois que nous n'obtiendrons que peu de chose en s servant des méthodes de fixation et de coloration elles et qu'il faut maintenant recourir à une nouvelle hode. Depuis quelques mois, nous étudions, M. Plimmer noi, les préparations fraîches montées dans le suc can- eux. Or, si l'on examine en ayant soin d'abaisser le con- sateur et de se servir de la lumière oblique, on voit très n les parasites dans la cellule. On peut même aperce- r le noyau, et nous avons parfois cru observer des mou- ements que nous espérons pouvoir photographier. Si intenant on fait agir sur une préparation le réactif de ffler additionné de quelques gouttes de vert de méthy- e, on obtient une réaction très caractéristique. La cel- e cancéreuse se colore en bleu foncé, le noyau du para- en rose, avec un point clair au milieu et le proto- sma du parasite en bleu très clair. Si l'on examine un ncer extirpé jour par jour, on peut suivre toutes les ases de la vie de ces protozoaires sur lesquelles nous es- rons revenir plus tard. Le bleu de Lœffler, additionné de rt de méthyle, n'est pas le seul réactif qui donne des lorations différentielles dans les préparations fraîches, on peut obtenir de très belles réactions avec d'autres uleurs d'aniline, avec l'éosine glycérinée par exemple.

M. Morpurgo (Turin) a observé sur des coupes de cancers ithéliaux des corps arrondis qui se colorent fortement r le carmin en particulier, et qui se rencontrent dans les llules en karyokinèse, situées le plus souvent au niveau s pôles des figures karyokinétiques.

Ces corpuscules, dont le volume est extrêmement va- able, paraissent n'être que des fragments de chromatine tachés des figures de mitose. Si l'on attend vingt-quatre u quarante huit heures avant de placer les tumeurs dans s liquides fixateurs, on trouve ces corpuscules entière- ent tuméfiés et par suite beaucoup plus faciles à ob- erver.

**De la transmissibilité du cancer ; tumeurs expérimentales btenues chez les animaux.** — MM. S. Duplay et Cazin. Ainsi ue nous l'avons montré dans des travaux antérieurs, les meurs malignes ne paraissent pas être transmissibles par noculation ou par greffe des animaux d'une espèce à des nimaux d'une autre espèce, et tous les expérimentateurs ont d'accord sur ce point.

Pour ce qui est de la transmissibilité des tumeurs ma- gnes dans une même espèce animale, il existe, au con- raire, des faits qui tendent à montrer que cette transmissi- ilité est possible, et il nous suffit de rappeler à ce sujet es résultats obtenus par M. Hanau (Saint-Gall).

Dans les expériences que nous avons faites sur les ori- gines et la nature des néoplasmes, nous nous sommes donc surtout efforcés de multiplier les tentatives de trans- mission des néoplasmes dans une même espèce animale, et principalement chez le chien et le rat. Nos expériences de greffes et d'inoculations de tissus néoplasiques sont aujourd'hui au nombre de 120 environ, et sur ce nombre il en est plus de 60 dans lesquelles nous avons cherché, par les procédés les plus variés, à obtenir expérimentale- ment chez le chien la reproduction de tumeurs dévelop- pées spontanément chez des animaux de même espèce. Toutes ces expériences ont eu des résultats négatifs cha- que fois qu'il s'agissait de néoplasmes malins, et les seuls résultats positifs que nous ayons obtenus sont relatifs à une forme de néoplasie dont la structure se rapproche beau- coup de celle des tissus inflammatoires.

Cette série heureuse, qui se compose de cas successifs dans lesquels l'affection néoplasique s'est régulièrement transmise par greffe, a eu comme point de départ des tumeurs multiples, développées aux dépens des parois du vagin d'une vieille chienne ; ces tumeurs, au nombre de trois, et dont la plus volumineuse avait les dimensions d'une très grosse noix, présentaient nettement ce carac- tère de tendance à persister et à s'accroître, qui, d'après la définition de MM. Cornil et Ranvier, appartient en propre aux tumeurs véritables.

Le premier chien inoculé a reçu dans le fourreau de la verge, après grattage à la curette de la muqueuse du fourreau et de la verge elle-même, des fragments des tumeurs de la chienne dont il vient d'être question, et cette inoculation a été suivie de succès, attendu que nous avons pu assister, pour ainsi dire jour par jour, au développement des tumeurs végétantes, dont la plus volumineuse n'a jamais dépassé les dimensions d'une noisette, et dont la structure était en tout semblable à celle de la tumeur originelle. Dix mois après le début de l'expérience, nous avons trouvé en outre, à l'autopsie, dans les deux testicules, des noyaux présentant une structure nettement épithéliale. Mais les trois autres chiens, qui nous ont donné, au niveau du point d'inoculation, des résultats positifs en tout comparables aux précédents, ne présentaient pas la moindre manifestion néoplasique dans les organes éloignés, et nous ne pouvons pas, par conséquent, avant d'avoir obtenu des faits confirmatifs, affirmer que l'existence des noyaux testiculaires du premier chien soit en rapport avec les tumeurs végétantes que nous avons obtenues expérimentalement au niveau du point d'inoculation.

Dans une autre série d'expériences, faites chez le rat, nous avons obtenu, par greffe sous-cutanée au niveau des mamelles le développement d'un énorme fibrome mammaire en tout semblable à la tumeur spontanée du rat qui avait servi de point de départ à nos expériences. Il s'agissait bien là d'un véritable néoplasme, qui n'a cessé de s'accroître régulièrement et qui, lorsque l'animal a succombé, neuf mois après la greffe, ne pesait pas moins du tiers du poids total.

En résumé, le cancer ne nous paraît être transmissible d'un individu à un autre, dans une même espèce, que dans des conditions qui se trouvent réalisés seulement dans un très petit nombre de cas, et, par conséquent, contrairement à une opinion, à notre avis tout au moins prématurée, nous devons penser que, si la contagion du cancer est possible elle ne s'effectue en réalité que très exceptionnellement.

M. Trasbot (Alfort). On a généralement négligé l'étude clinique comparative de certaines maladies qui sont communes à l'homme et aux animaux, et cependant cette étude peut fournir des renseignements utiles au sujet de la pathogénie de ces maladies, notamment en ce qui concerne le cancer.

Le chien est particulièrement disposé à tous les cancers ; or, il consomme beaucoup de matières azotées, et il y a une relation très intime, comme on l'a établi chez l'homme, entre la diathèse rhumatismale et eczémateuse et la diathèse cancéreuse. Si l'on donne au chien une nourriture très azotée, on peut, en quelque sorte à volonté, le rendre eczémateux, et souvent on le verra ensuite devenir cancéreux, ainsi que j'ai pu l'observer dans un cas où il n'y

avait pas d'antécédents carcinomateux. Pour le cheval, chez lequel le cancer est plus rare, j'ai recueilli quelques observations analogues.

Quelle que soit la nature du cancer, qu'elle soit parasitaire ou non, le terrain doit certainement être préparé par une alimentation spéciale. On peut se rendre compte facilement de l'influence du terrain sur le développement du cancer, lorsqu'on modifie le régime des chiens cancéreux ; c'est ainsi que la marche de l'affection se trouve considérablement ralentie, lorsqu'on donne une nourriture peu azotée à un chien cancéreux, jusque-là trop bien nourri.

J'ai fait moi-même, depuis près de trente ans, de nombreuses expériences de greffes et d'inoculations de cancer du chien sur des animaux de la même espèce. J'ai d'abord cherché par tous les moyens possibles à inoculer le cancer au moyen d'injections, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans les cavités splanchniques, et c'est par centaines que j'ai fait ces tentatives, sans jamais obtenir de résultat positif. Les greffes n'ont pas été suivies de plus de succès, quelque avantageuses qu'aient été les conditions dans lesquelles j'ai pu me placer. Il y a dix-huit mois, j'avais obtenu, après une greffe, une réunion par première intention, et peu de temps après je vis se développer une tuméfaction qui, six semaines plus tard, s'était transformée en une tumeur du volume du pouce. J'attendis encore : trois mois après, le volume de cette tumeur avait considérablement diminué, et, au bout de six semaines, il n'en restait plus trace.

MM. Cadiot et Gilbert, depuis 1888, ont inoculé chez des animaux plus de 40 tumeurs provenant d'animaux de la même espèce, sans obtenir le moindre résultat positif pour tous les cas où il s'agissait bien de véritables néoplasmes. Dans un cas où, en effet, on avait cru d'abord à un succès, l'examen microscopique montra qu'il s'agissait de tuberculose.

M. Cornil. Dans les tentatives de transmission du cancer par greffe, les résultats négatifs sont certainement très nombreux, mais il existe toutefois des faits positifs dans lesquels les fragments greffés ont continué à vivre et à se développer. Je rappellerai notamment les faits que j'ai communiqués à l'Académie de médecine, et dans lesquels un chirurgien avait transplanté avec succès, chez deux de ses malades, un fragment de cancer du sein dans le sein du côté opposé. D'autre part, en clinique, il est assez fréquent de voir un cancer développé sur un point du corps se greffer sur un autre point avec lequel la localisation primitive se trouve constamment en contact ; enfin, après l'ablation des néoplasmes cancéreux, on peut assister à l'évolution de véritables greffes développés aux dépens de fragments du tissu néoplasique abandonnés dans la plaie.

M. Cazin. Les expériences que nous avons faites, M. le professeur Duplay et moi, ont trait uniquement à la transmissibilité des néoplasmes d'un individu malade à un individu sain appartenant à la même espèce, et les résultats de ces expériences ne sont pas comparables à ceux que donnent les greffes pratiquées sur les individus cancéreux eux-mêmes, avec des fragments de leur propre cancer. Or, ces greffes, en effet, paraissent réussir aussi facilement que celles qu'on pratique sur un individu sain réussissent difficilement. La clinique nous en fournit des preuves nombreuses, comme vient de le rappeler M. Cornil, et, à ce point de vue, les expériences faites sur l'homme cancéreux ne nous ont par conséquent rien appris de nouveau.

Ainsi que nous avons pu nous en rendre compte, M. Duplay et moi, d'après les résultats de nos expériences et ceux qu'ont obtenus nos prédécesseurs dans cet ordre de recherches, les faits indiscutables de transmission direct du cancer d'un individu malade à l'individu sain sont au contraire extrêmement rares, soit dans les faits expérimentaux publiés, soit dans les observations que donne la clinique, et c'est pourquoi nous considérons que l'on n'a nullement le droit de regarder les cancéreux comme de contagieux.

(*A suivre.*)

## MEMENTO PRATIQUE

**Le butyromiel**, par le Dr Pauliet (d'Arcachon). La thérapeutique obtient de l'huile de foie de morue des avantages parfois merveilleux dans le traitement d'un grand nombre de maladies et d'états cachectiques. Cependant, ce médicament est loin d'être également supporté par tout le monde. Son aspect, sa saveur, son goût répugnent à beaucoup, qui ne peuvent en faire usage sans éprouver des nausées, des vomissements, de la diarrhée.

De nombreuses spécialités pharmaceutiques ont cherché et plus ou moins réussi à présenter l'huile de foie de morue sous une forme plus ou moins agréable, en modifiant de diverses façons la densité, la coloration et la saveur.

Trousseau, de Fleury, ont proposé d'associer au beurre le phosphore, le soufre, l'iode, le chlorure de sodium, et ont ainsi obtenu des préparations contenant chimiquement les mêmes principes que l'huile de foie de morue, sous un aspect moins désagréable et plus appétissant.

Obligé, pour une clientèle de chlorotiques, de rachitiques, de tuberculeux surtout, d'ordonner à haute dose les aliments respiratoires, de les formuler de façon diverses et variées, j'ai étudié avec soin leur degré de tolérance à l'estomac, et, depuis quelque temps, je me suis arrêté de préférence à la préparation suivante, laquelle je donne le nom de *butyromiel* et qui est particulièrement bien supportée par les estomacs les plus susceptibles.

On mélange par le battage de façon obtenir un produit homogène et léger :

| | |
|---|---|
| Beurre frais..... | 2 parties. |
| Miel vierge de Narbonne ..... | 1 — |

Cette préparation, qui a l'aspect d'une crème pâtissière d'un blond doré, est fraîche au goût, avec saveur de Sauterne. Les malades, et surtout les enfants, en ingèrent volontiers de notables quantités avec du pain riche sans éprouver de troubles digestifs et sans s'en rassasier.

Comme boisson, je fais prendre en même temps le thé à l'orientale aromatisé à l'anis, l'orange ou la mandarine ; ces aromates, unis à la théine, agissent à la fois comme excitants et stomachiques.

ntrairement à Trousseau et de Fleury, je préfère as joindre dans une même préparation, l'aliment médicament, et ordonner alors sous forme de pré- tions magistrales l'iode, le brome, le phosphore. osage en est ainsi plus facile et plus rigoureux.

## NOUVELLES

**aculté de médecine de Paris.** — M. Richet, professeur de siologie à la Faculté de médecine de Paris, est dispensé ervice des examens du 1er mars au 30 octobre 1894.

**aculté de médecine de Toulouse.** — Sont maintenus, r l'année scolaire 1893-1894, dans les fonctions de chef linique à la Faculté mixte de médecine et de pharma- le Toulouse : MM. Destarac et Ripal, clinique médicale ; mayou, clinique chirurgicale ; Stieber, clinique obsté- ale ; Chabaud, clinique des maladies des enfants.

**cole de médecine de Marseille.** — Le concours pour trois es de chef de clinique à l'Ecole de médecine de Mar- le vient de se terminer par les nominations suivantes : f de clinique chirurgicale, M. le Dr Em. Bertail ; chef de ique médicale, M. le Dr Em. Cassoute, chef de clinique tétricale, M. le Dr P. A. Lop.

**cole de médecine de Nantes.** — M. Touaille de Larabrie, pléant des chaires de pathologie et de clinique chirur- ales et de clinique obstétricale, est nommé professeur clinique chirurgicale.

**ôpitaux de Paris.** — Concours pour les prix a décerner M. les Élèves Internes en pharmacie des Hopitaux et spices (année 1894). — Le vendredi 25 mai 1894, à midi cis, il sera ouvert dans l'Amphithéâtre de l'adminis- tion de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria n° 3, Concours pour les prix à décerner aux Élèves internes pharmacie des Hôpitaux et Hospices.

MM. les Internes sont prévenus qu'en exécution des positions du règlement sur le service de santé, tous les ernes en pharmacie des Hôpitaux et Hospices sont us de prendre part à ce Concours.

ls devront, en conséquence, se faire inscrire au Secré- iat général de l'administration, de onze heures à trois ures, du lundi 23 avril au mercredi 9 mai inclusive- nt.

**Hôpitaux de Paris.** — Concours Public pour la nomination rois places de Médecin du bureau central d'admission ns les Hopitaux et Hospices civils de Paris. — Ce Con- urs sera ouvert le vendredi 18 mai 1894, à midi, à dministration centrale, avenue Victoria, n° 3.

MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir feront inscrire au Secrétariat général de l'Administra- n de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y poseront leurs titres.

Le registre d'inscription des Candidats sera ouvert le ndi 16 avril 1894, et sera clos définitivement le samedi 28 même mois à trois heures.

**Corps de santé de la marine.** — Par décret, en date du vril 1894, a été nommé dans la réserve de l'armée de er :

*Au grade de médecin en chef.* — M. le Dr Monin, médecin chef de la marine en retraite.

Le **Comité consultatif d'hygiène publique de France** s'est réuni, au ministère de l'Intérieur, sous la présidence de M. Brouardel. Voici le résumé de la situation sanitaire extérieure au point de vue du choléra :

L'intérêt de la situation sanitaire à l'étranger réside surtout à Constantinople. D'après la dernière dépêche du 28 mars, l'augmentation des cas de choléra est allée en s'accentuant. Il y a de 5 à 10 cas par jour. La maladie a porté presque exclusivement sur la population grecque : sur les Arméniens et sur les israélites ; pas sur les Européens.

Ce sont dans la proportion des trois quarts des atteintes des personnes qui avaient fait usage et abus des moules qui ont été frappées de choléra.

Il s'agissait bien de choléra, car l'examen des déjections fait par le Dr Nicolle a démontré qu'elles étaient des cultures presque pures du bacille de Koch.

Le choléra a atteint plusieurs localités presque indemnes jusqu'ici, Thérapia et d'autres points situés sur le haut Bosphore, ainsi que l'île des Princes ; mais, c'est toujours dans le sixième cercle comprenant Péra, Galata et les annexes, qu'il a presque exclusivement limité ses atteintes.

Le sultan, préoccupé de cette persistance insolite du choléra, a pris les résolutions suivantes :

1° En vue d'obtenir la déclaration de tous les cas, les médecins sujets ottomans devront en faire la déclaration sous peine d'être punis d'une amende de 10 à 40 livres turques (230 à 900 francs). Les médecins étrangers seront suspendus de l'exercice professionnel ou expulsés :

2° Les cordons placés autour des maisons atteintes seront appliqués non plus pendant cinq, mais durant dix jours ;

3° Enfin, prohibition de vente des moules, de toute espèce de coquillage, les huîtres comprises, ainsi que des légumes et autres denrées susceptibles de troubler les organes de la digestion.

La situation de l'hygiène publique est toujours la même dans la ville ; malgré des dépenses assez considérables gaspillées en pure perte.

Voilà plus de sept mois que le choléra, peu intense, il est vrai, existe à Constantinople. Jusqu'ici et dans les cinq épidémies antérieures de 1831 à 1872, il a toujours cessé vers la fin de janvier. Toutefois, en 1847 et 1848, la maladie s'est maintenue à l'état sporadique jusqu'au moi de mai.

Les derniers renseignements du Hedjaz et de la mer Rouge, notamment de l'établissement de Camara, présentent la situation comme favorable en ce moment. Près de 15.000 pèlerins ont déjà passé par le lazaret de Camaran. Ils y sont arrivés et en sont repartis indemnes du choléra.

Il n'est plus signalé de cas de choléra dans les provinces ni dans le vilayet de Bagdad, ni dans celui d'Erzeroum.

En Belgique, la situation est la suivante : du 1er au 10 mars, il n'y a eu sur tout le territoire belge que 13 cas et 10 décès de choléra.

**Institut départemental des sourds-muets.** — Par arrêté préfectoral, le Dr Saint-Hilaire, secrétaire général de la Société de laryngologie et d'otologie de Paris, a été nommé médecin auriste de l'Institut départemental des sourds-muets.

**Caisse des pensions de retraite du corps médical français.** — L'Assemblé générale annuelle a eu lieu le 1er avril dernier au siège social, 22, place Saint-Georges, à Paris, sous la présidence de M. le Dr Dujardin-Beaumetz.

Elle avait été précédée, comme le veulent les statuts, de

la réunion du Comité directeur et du Comité des censeurs.

Il résulte du rapport du trésorier et de l'examen de ses livres que l'encaisse s'élevait, au 31 mars 1894, à la somme de 488.203 fr. 23, la situation est donc florissante.

C'est cette année même que commence la distribution des retraites. La Société a, pour cette première année, 7 pensions à servir. Au 31 décembre dernier, à la fin du dixième exercice, a été close la période d'attente pendant laquelle la Société a constitué son capital inaliénable, capital s'élevant au 31 décembre à la somme de 451.280 fr. 22.

L'ordre du jour de cette assemblée générale portait l'augmentation du chiffre des cotisations. En raison de l'abaissement du taux général de l'intérêt de l'argent, la Société suivant l'exemple de toutes les Compagnies d'assurances sur la vie, s'est vue obligée d'augmenter le taux des cotisations annuelles. Elle a décidé qu'il serait augmenté, à partir du 1er avril, de 25 0/0. Cette augmentation ne touchera que les nouveaux adhérents. Les anciens admis jusqu'à 1er avril 1894 continueront à payer les mêmes cotisations.

Le bureau de la caisse se trouve ainsi constitué pour 1894 :

*Président* : Dujardin-Beaumetz (Paris).
*Vice-Président* : Dr Lande (Bordeaux).
*Secrétaire général* : Dr Delefosse (Paris).
*Secrétaire du Comité* : Dr Maurat (Chantilly).
*Trésorier* : Dr Verdalle (Bordeaux).
*Contrôleurs* : Dr Cezilly (Paris).
Dr Gassot (Chevilly, Loiret).

**Congrès d'ophtalmologie.** — Le Congrès international d'ophtalmologie, qui a lieu tous les six ans, se tiendra cette année à Edimbourg les 7, 8, 9 et 10 août de 9 h. à 1 h. Deux autres membres sont déjà inscrits. Envoyer les adhésions à M. le Dr George A. Berry, secrétaire général du Congrès, 31, Drumsheugh Gardens, à Edimbourg

**Hôtel-Dieu.** — M. le professeur Duplay reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le mardi 17 avril à 9 h. 1/2, et les continuera les mardi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

**Hopital Saint-Louis.** — *Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Le professeur Alfred Fournier reprendra ce cours le vendredi 13 avril, à 10 heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants.

**Ophthalmologie.** — MM. les Drs Rochon Duvigneaud et Terson commenceront le lundi 23 avril à 5 heures du soir, à l'Hôtel-Dieu, un cours pratique d'ophthalmologie comprenant : l'examen fonctionnel de l'œil, la réfraction, l'ophthalmoscopie clinique (avec malades) ; l'anatomie normale et pathologique, la bactériologie, la médecine opératoire oculaire.

Le cours complet a une durée de six semaines, les leçons ayant lieu tous les soirs de 5 à 7 heures, comprenant chacune un exposé théorique et des exercices pratiques (technique de laboratoire, opérations, examen clinique de sujets normaux et pathologiques.)

S'inscrire d'avance tous les matins à la clinique ophthalmologique à l'Hôtel-Dieu.

**Cours d'hygiène sociale.** — Professeur : M. le Dr A.-J. Martin. La conférence pratique du dimanche 15 avril aura lieu à Gennevilliers (jardin d'essai de la Ville de Paris, pour l'épuration et l'utilisation agricoles des eaux d'égout).

Départ à 9 h. 20 par la gare Saint-Lazare pour la station de Clichy-Levallois.

Les leçons du jeudi soir reprendront à l'Hôtel-de-Ville le jeudi 19 avril à 8 h. 1/2 du soir.

**Nécrologie.** — Le Dr Niepce, ancien médecin-inspecteur des eaux d'Allerard, chevalier de la Légion d'honneur, maire de St-Maximin (Isère), décédé à l'âge de 79 ans. — M. Roussin, ancien pharmacien principal en retraite, trouvé mort dans son laboratoire, boulevard Latour-Maubourg, asphyxié par une fuite de gaz. — Le Dr Jean-Alix Vedrennes, ancien inspecteur du service de santé de l'armée de terre, décédé à Tours, à l'âge de 68 ans. M. Vedrennes était, depuis 1883, membre correspondant de l'Académie de médecine et commandeur de la Légion d'honneur. — Le Dr Joisson, de Mouron (Ardennes), reçu en 1871. — Le Dr Cusco, ancien chirurgien des hopitaux, membre de l'Académie de médecine. — Le Dr Lemonnier, de Gaillon (Eure), reçu en 1884.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**La famille névropathique**, théorie tératologique de l'hérédité et de la prédisposition morbides et de la dégénérescence, par Ch. Féré, médecin de Bicêtre. 1 vol. in-12 avec 25 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise. Prix : 4 fr. — Félix Alcan, éditeur.

**Des fissures palatines au point de vue orthophonique**, par le Dr Chervin. 1 vol. in-8. — Paris, Société d'éditions scientifiques, 1894.

**Unité de la voix, méthode synthétique du chant et de la parole**, par le professeur F. Habay. 1 vol. in-18. broché d'environ 300 pages. Prix : 3 fr. 50 — Paris, Librairie-Imprimeries réunies (ancienne maison Quantin, May et Mottero, directeurs, 7, rue Saint-Benoît.)

**La médication par l'exercice**, par le Dr Fernand-Lagrange, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, médecin consultant à Vichy. 1 vol. grand in-8 avec de nombreuses gravures dans le texte et 1 carte coloriée hors texte. Prix : 12 fr. — Félix Alcan, éditeur.

**Analyse bactériologique de quelques eaux**, par le Dr Decamp, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-18. Prix : 16 fr. — Montpellier, 1894.

**Etude sur tuberculose et de la galvano-tuberculose**, par le Dr Millot-Carpentier, de Montecouvez (Nord). 1 vol. in-8 50 pages. Paris, L. Battaille et Cie, 1894.

**DYSPEPSIES.** — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase

**ALIMENT DES ENFANTS.** — Phosphatine Falières.

**CONSTIPATION.** — Poudre laxative de Vichy.

**VICHY-SAINT-YORRE** (*Sources Reignier*). La meilleure pour la consommation à domicile.

**VIN AROUD** (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences Maladies de l'Estomac et des Intestins.**

**GOUDRON FRESSINGE.** — Une cuillerée à café par verre de boisson, aux repas, contre *catarrhes* et *bronchites chroniques, maladies des voies urinaires, épidémies.*

**NUTRITION DES ENFANTS.** — Farine alimentaire Vigier

*Le Gérant :* A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*